RILIEVI ISTOLOGICI, RIFERENTISI ALLA CLINICA, SU APPENDICI ASPORTATE A DISTANZA DI TEMPO DALL'INTERVENTO DI URGENZA PER APPENDICITE GANGRENOSA (*). Del Dott. P. DELITALA, Aiuto *(dall'Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Sassari, diretto dal Prof. P. Marogna).*

Estratto da STUDI SASSARESI

Vol. XII - Anno 1934

RILIEVI ISTOLOGICI, RIFERENTISI ALLA CLINICA, SU APPENDICI ASPORTATE A DISTANZA DI TEMPO DALL'INTERVENTO DI URGENZA PER APPENDICITE GANGRENOSA (*). Del Dott. P. DELITALA, Aiuto *(dall'Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Sassari, diretto dal Prof. P. Marogna)*.

Nelle forme più gravi di appendicite (appendicite distruttiva), l'intervento di urgenza per dare esito ai prodotti suppurativi e gangrenosi, è la regola inderogabile, mentre l'ectomia dell'appendice, in massima, è legata all'affiorare o no di essa nel focolaio suppurativo gangrenoso, dovendosi evitare manipolazioni indaginose di ricerche talora intempestive e dannose.

La condotta terapeutica locale successiva è semplice, e si compendia nel drenaggio ampio della cavità che negli ammalati a lieto fine verrà ridotto progressivamente ed in un tempo più o meno lungo porterà alla guarigione.

In genere gli ammalati riacquistano il completo benessere, non accusano dolori nè disturbi digestivi pur seguendo una dietetica mista o normale, e vengono da noi dimessi, talora con la persuasione che il processo distruttivo gangrenoso abbia eliminato gran parte dell'appendice o che l'abbia ridotta in seguito al processo cicatrizziale, ad un moncone trascurabile.

Se ciò si osserva qualche rara volta ed è solo quando il processo gangrenoso è fin da principio diffuso a tutto il segmento distale dell'appendice che verrà eliminato spontaneamente, riducendo l'appendice ad

---

(*) Comunicazione fatta alla Società degli Studi Sassaresi nella seduta del 5 luglio 1934, con presentazione di preparati istologici.

un monconcino minimo, spesso invece a guarigione del processo acuto avvenuto, l'appendice può presentare ancora un aspetto assai vicino al normale, e di ciò restiamo talora sorpresi durante l'intervento di plastica per laparocele residuato dall'intervento di urgenza, specialmente quando per il quadro clinico presentato nel periodo acuto si sospettava nell'ammalato una distruzione vera e propria dell'organo.

La riparazione può avvenire in modo così completo da doversi talora giudicare di avere dinanzi a noi un'appendice che non fu mai sede di gravi lesioni, quando invece si trova addossato al peritoneo circostante ed innicchiato un calcolo la cui presenza e volume ci obbligano a pensare che nell'appendice si sia avuta precedentemente, durante l'attacco acuto, una perforazione assai ampia. Ciò che interessa a noi di mettere in rilievo è il quadro istologico che presentano le appendici o monconi di appendici asportate a distanza di anni dall'attacco gangrenoso distruttivo.

Noi ne abbiamo collezionato in questo ultimo periodo numerosi casi. In genere si riferiscono ad ammalati operati di urgenza da sette a tre anni di distanza dal secondo intervento per laparoplastica. In tutti gli ammalati si era avuta una sintomatologia a tipo esplosivo di appendicite distruttiva con gravi fatti tossiemici a temperature elevatissime, confermate all'intervento praticato di urgenza, sempre nelle prime 48 ore.

Nell'intervento successivo in genere fu rinvenuta l'appendice accollata al peritoneo, alcune volte in posizione ascendente tal'altra accollata all'angolo ileo-colico, ed in posizione posteriore sempre coperta da false membrane, esiti del processo iniziale. In una ammalata operata sette anni prima e che aveva presentato un quadro gravissimo, l'appendice conservava tutta la sua lunghezza, era leggermente ingrossata e macroscopicamente non presentava segni di un processo distruttivo pregresso.

Nelle altre si osservavano deformità della parete dell'organo con ripiegature e conseguente stenosi, spinta in un caso fino a dividere in due parti l'appendice, la cui porzione distale era legata alla prossimale da un lungo tratto fibroso.

I dati istologici degni di rilievo sono quelli che ci hanno indotto a comunicare la presente nota, poichè convalidano sempre più il concetto che anche un moncone appendicolare esito di un qualunque processo distruttivo gangrenoso rappresenta *un focolaio infiammatorio latente che può risvegliarsi e dare luogo ad un altro processo infiammatorio con tutte le conseguenze che esso comporta.*

Lo studio è stato condotto su tutta la lunghezza delle appendici, in particolare della zona stenosante dove il lume era apparentemente obliterato, e nelle porzioni distali.

Le porzioni prossimali, in tutti i casi macroscopicamente indenni, della lunghezza di un cm. ad uno e mezzo presentavano la mucosa regolare, le ghiandole dilatate, la sotto mucosa ricca in tessuto connettivo, infiltrata da numerosi elementi parvicellulari e da celulle eosinofile, con prevalenza nelle zone di tessuto linfoide interposte fra i follicoli linfatici.

I follicoli sono molto grossi, ipertrofici ed iperplasici. Il centro del follicolo è ricco di cariocinesi; il mantello è abbondante ed all'esterno si continua con i linfociti sparsi nel tessuto linfoideo fondamentale della sottomucosa. La tunica muscolare nei suoi due strati ha gli interstizi connettivali ispessiti specialmente in vicinanza della sotto mucosa con scarsi elementi linfocitari. La sierosa non presenta nulla di anormale.

In due casi compresa l'operata la prima volta sette anni prima, studiando le sezioni dei pezzi più distali abbiamo trovato la scomparsa quasi totale del lume appendicolare occupato in massima da proliferazione connettivale di diversa data. Si osservano in alcune zone dei fibroblasti in piena attività e molti capillari sanguigni e linfatici. La mucosa residuava per un quarto della circonferenza ed ai margini gli elementi cellulari erano ridotti in altezza, quasi piatti. Le ghiandole sottostanti ben conservate sotto al tratto della mucosa superstite, erano completamente scomparse per tutto il resto della circonferenza appendicolare.

Così pure l'apparato linfo-adenoideo. Nella zona connettivale fra i fasci di fibre elementi parvicellulari raggruppati con cellule eosinofile e plasmacellule. Gli strati muscolari presentavano alterazioni di varia intensità: frantumati qua e là, in larghe zone sostituite da tessuto connettivo. La sierosa è ispessita, ricca in vasi.

Nell'appendice dimezzata, riunita a mezzo di un setto fibroso, le parti limitrofe ad esso si presentano sostituite da tessuto cicatriziale con pochi resti di mucosa e di tuboli ghiandolari. Sparsi, grossi cumuli di elementi linfoidi, numerose plasmacellule, dei polinucleati ed elementi eosinofili. Nelle due porzioni distali, sia verso la base che verso la punta, al disotto della zona cicatriziale la struttura dell'appendice è conservata nei vari suoi strati. Minime sono le alterazioni a carico della mucosa sopratutto nell'apparato ghiandolare. Si osserva di regola un ispessimento del fine reticolo che forma il tessuto di sostegno della mucosa stessa, e nella sua trama si osservano elementi linfocitari, linfoblasti, plasmacellule ed eosinofili.

Nella muscolaris mucosae il quadro delle alterazioni varia da una infiltrazione linfocitaria lieve sino alla scomparsa delle fibre muscolari che sono interrotte dalla massa follicolare che va a finire profondamente sino a ridosso della mucosa respingendo talora il sistema ghiandolare.

I follicoli linfatici sono molto grossi in preda a notevoli fatti di ipertrofia ed iperplasia, il centro follicolare è ricco di cariocinesi e di macrofagi inglobanti frammenti di cellule; il mantello è abbondante ed all'esterno si continua con i linfociti sparsi nel tessuto linfoideo fondamentale della sottomucosa. Frammischiati si osservano globuli rossi e numerosi polinucleati eosinofili.

In definitiva dai quadri istologici rilevati dobbiamo conchiudere che nelle appendici o in parti di appendici residuate da un processo acuto gangrenoso distruttivo persiste un processo infiammatorio cronico. Resta dimostrato che anche nelle forme più gravi nelle quali per il quadro anatomo-patologico e clinico è da presupporre un processo distruttivo dell'appendice, questa può persistere nella sua entità anatomica minorata solo da fatti cicatriziali che noi al reintervento non sempre possiamo rilevare all'esame macroscopico.

Che nelle parti di appendici residuate (in preda a processo infiammatorio cronico come si è rilevato) possano aversi riacutizzazioni del processo flogistico ad intensità varia, è quindi da ammettere. Se nei nostri casi all'indagine anamnestica abbiamo messo in rilievo solo una sintomatologia lievemente dolorosa, locale, accompagnata a temporanei disturbi gastro-enterici (dispepsie, eruttazioni, tensione addominale sopratutto alla fossa iliaca di destra, stati nervosi) in altri che sono stati oggetto di studio da parte di altri autori, ne abbiamo la conferma con riacutizzazioni del quadro completo dell'attacco appendicolare acuto.

Analogamente possiamo dire nei casi di auto-amputazione per i monconi isolati, la cui vitalità resta alquanto assicurata sia per la persistenza dei vasi arteriosi nei resti del mesenteriolo, sia a mezzo di vasi neoformati e nei quali la struttura anatomica è in linea di massima ben conservata mentre persistono i fatti flogistici. Da questi frammenti può partire un processo infettivo che o rimane incistato o si rompe nella cavità addominale dando luogo ad una peritonite generalizzata. I reinterventi in contingenze simili non sono rari; con concetto diagnostico errato poichè i resti dell'auto-amputazione, sfuggiti durante il primo intervento e localizzati a distanza verso il fegato o verso l'ovaio avevano risvegliato una sintomatologia da simulare una colecistite oppure un'affezione ovarica annessiale.

Il Gutierrez (Revista de Cirugia, Buenos Aires, aprile 1930) che si è occupato « dell'auto amputazione dell'appendice infiammata » riporta numerosi casi del genere osservati da lui e da altri operatori. Spiega l'infezione del frammento distale invocando l'esaltazione nella cavità chiusa che il moncone rappresenta, dei germi che vi possono accedere o per la via linfatica sanguigna quando persiste il mesenteriolo o per via sanguigna quando il moncone amputato si è accollato ad organi vicini.

I nostri reperti istologici dicono in proposito chiaramente, con la presenza di un processo infiammatorio cronico anche a distanza di anni dal processo acuto, che *il secondo processo non sia altro che la continuazione in istato latente della forma settica distruttiva precedente.*

Necessità quindi durante gl'interventi di ricercare nei casi di auto amputazione della appendice il segmento distale, poichè esso *ha il valore di una appendice doppia che può esporre l'ammalato ad una vera e propria recidiva.*

RIASSUNTO

L'A. in base a ricerche istologiche, mette in rilievo che nelle appendici asportate a distanza di anni dall'attacco infiammatorio acuto come pure nei monconi distali isolati dei casi nei quali è avvenuta l'auto amputazione, sussistono ancora segni indubbi di un processo infiammatorio cronico che acutizzandosi può esporre gli ammalati ad una vera e propria recidiva. Di qui la necessità di una revisione chirurgica completa.